

DE LA
VOIE VAGINO-PÉRINÉALE
DANS LA
RÉSECTION DU RECTUM
OU DIACOLPORECTECTOMIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le samedi 1^{er} février 1896, à 3 heures

PAR

Auguste THOUVENIN

Né le 12 juillet 1869, à Sionne (Vosges).

INTERNE DES HÔPITAUX

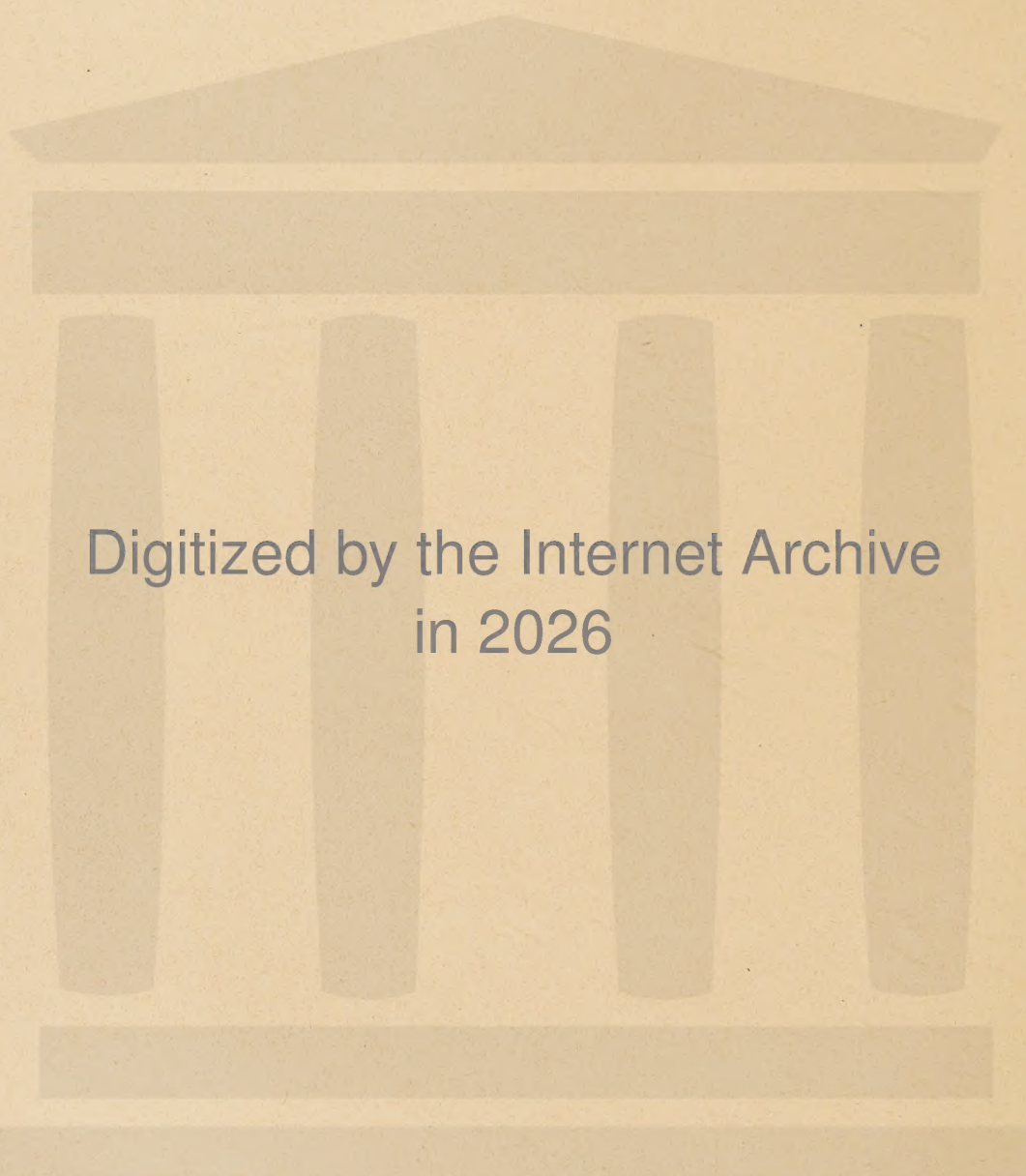
MENTION HONORABLE, CONCOURS DE L'INTERNAT, 1895.

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
 Weiss, professeur.
 FÉVRIER, agrégé.
 FRÖELICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0022

DE LA
VOIE VAGINO-PÉRINÉALE
DANS LA
RÉSECTION DU RECTUM
OU DIACOLPOPROCTECTOMIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le samedi 1^{er} février 1896, à 3 heures

PAR

Auguste THOUVENIN

Né le 12 juillet 1869, à Sionne (Vosges).

INTERNE DES HÔPITAUX

MENTION HONORABLE, CONCOURS DE L'INTERNAT, 1895.

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
WEISS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. ZILGIEN.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A O.	GUILLOZ.	JACQUES.
FÉVRIER, A O.	FROELICH.	LAMBERT.
ETIENNE.		

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, I O, VAUTRIN, A O, REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous saisissons avec empressement l'occasion offerte par la tradition, d'adresser à tous nos Maîtres de la Faculté, nos remerciements les plus sincères et les plus affectueux.

Pendant notre temps d'externat, Monsieur le Professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, nous a fait largement bénéficier d'un enseignement aussi sage que pratique ; aujourd'hui, il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il soit, à ce double titre, assuré de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Spillmann a bien voulu nous agréer comme externe, puis comme interne dans son service : nous tenons à lui témoigner notre vive reconnaissance pour tout l'intérêt qu'il nous a porté et qu'il continue de nous accorder.

Dans le courant de notre année d'internat, à la Maison de Secours, nous avons pu apprécier les savantes leçons de Monsieur le Professeur Agrégé Vautrin. C'est de son obligeante bienveillance que nous tenons le sujet et les éléments principaux de notre thèse ; nous ne saurions trop l'en remercier.

INTRODUCTION

Le mot colpoproctectomie a été employé pour la première fois par Herzen dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, décembre 1894.

Il nous semble assez bien choisi, et quoique d'une prononciation assez difficile, il a l'avantage de la concision et de la brièveté sur sa traduction française. Toutefois il ne rend pas d'une façon exacte l'idée de l'auteur, et pour ce faire, je crois nécessaire d'y ajouter l'adverbe grec dia (διά) qui en précise mieux le sens. Je proposerai donc le néologisme suivant : Diacolpoproctectomie (du grec δια = à travers, κόλπος = vagin, προκτος εκ τεμνειν = résection du rectum.)

C'est donc une opération qui a pour but d'aborder le rectum par sa face antérieure, après une incision longitudinale, totale, de la cloison recto-vaginale et même du triangle recto-vaginal.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le rectum est la troisième et dernière portion du gros intestin. Sa limite inférieure est des plus

nettes, mais quand il s'agit de déterminer son extrémité supérieure, on trouve une telle divergence dans les classiques, qu'il est impossible de s'entendre. C'est pourquoi, il nous a semblé utile, avant d'aborder notre sujet, de donner quelques notions d'anatomie sur la région qui nous occupe, et de préciser les limites purement conventionnelles du rectum et de ses subdivisions.

Nous ajouterons quelques considérations sur le siège des affections qui doivent nous occuper, c'est-à-dire sur les rétrécissements et les cancers.

Dans une deuxième partie, nous décrirons le manuel opératoire de la diacolpoproctectomie, que nous ferons suivre des observations.

Enfin la discussion du procédé, ses indications et contre-indications, les conclusions à en tirer, feront, avec l'index bibliographique, l'objet de la troisième et dernière partie de ce modeste travail.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Anatomie chirurgicale de la région vagino-rectale.

Rectum. — *Limites.* — *Longueur.* — *Calibre.*
-- *Rapports.* — Le rectum constitue la portion terminale du gros intestin ; il est ainsi nommé (du mot latin *rectus* = droit) à cause de sa direction, qui, sans être complètement rectiligne, est beaucoup moins flexueuse que celle du côlon.

Limites. — « La limite inférieure du rectum est nettement constituée par la ligne circulaire qui, au niveau de l'anus, sépare la peau de la muqueuse intestinale. Il n'en est pas de même de sa limite supérieure : le rectum, en effet, se continue direc-

tement avec le côlon ilio-pelvien, sans qu'aucun caractère morphologique ou structural ne vienne indiquer à l'œil la limite respective de ces deux portions du gros intestin. » (1)

Amussat (2) a décrit, à la surface interne de l'intestin, une saillie circulaire qui constitue un rétrécissement notable, qu'il donne comme limite nettement marquée. Mais cette description ne pourrait servir à l'opérateur, ni même à l'observateur, car elle ne se traduit au dehors par aucune différence apparente de structure ou de calibre. Du reste, les auteurs n'ont pas parlé de ce rétrécissement ; ils ont même écrit le contraire. « Le rectum, à son origine, dit Sappey (3), se continue à plein canal, et sans ligne de démarcation aucune, avec l'S iliaque du côlon. »

La limite supérieure du rectum est donc toute conventionnelle et, ne pouvant être marquée sur l'intestin lui-même, a été rapportée à la paroi osseuse du bassin.

La plupart des classiques la placent au niveau de la circonférence du détroit supérieur, à gauche de l'angle sacro-vertébral, au-devant de l'articulation sacro-iliaque gauche.

D'autres donnent du côlon ilio-pelvien (côlon iliaque ou S iliaque des auteurs français, anse sigmoïde de quelques auteurs anglais et allemands,

(1) Testut. — *Anatomie descriptive*.

(2) Bouvet. — Thèse de Bordeaux, 1881.

(3) Sappey. — *Anatomie descriptive*.

anse en Ω de Trèves) une description différente, et le font s'aboucher avec le rectum, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Ce sont Huguier, Sappey, Luschka, Trèves, Schifferdeker, Jonesco, Pérignon et enfin Testut (1) qui dit: « Le plus souvent, le segment terminal du côlon ilio-pelvien descend dans le bassin, le traverse de gauche à droite et vient se continuer avec le rectum, non pas sur le flanc gauche du sacrum, mais sur son flanc droit. »

La disposition contraire, considérée à tort comme normale par les auteurs, serait l'exception. Testut reconnaît l'avoir rencontrée comme tous les anatomistes, mais elle est relativement rare, et comme telle ne saurait convenir à la majorité des faits.

En présence d'opinions aussi différentes, il est difficile de se faire une idée nette de la limite supérieure du rectum, aussi nous rangerons-nous à l'avis de Testut, qui propose avec Trèves un point de repère exact et fixe, le moins sujet à discussion.

Ce point est situé sur la ligne médiane, au niveau de la troisième vertèbre sacrée, à l'endroit précis où se termine ce que l'on est convenu d'appeler le méso-rectum.

Nous considérerons donc comme *rectum vrai*, toute la partie du gros intestin située au-dessous du point de repère cité, la portion située au-dessus n'étant autre que le côlon ilio-pelvien.

(1) Testut. — *Anatomie descriptive*.

Par ce fait, la limite supérieure du rectum devient aussi nette et aussi précise que sa limite inférieure, et « le mot méso-rectum, est rayé de la description classique, n'étant autre que la portion la plus inférieure du méso-colon ilio-pelvien (Testut (1)). »

Longueur. — De même que sa limite supérieure, la longueur du rectum a été diversement évaluée.

Richet (2) la porte à 26 centimètres ; Tillaux croit qu'elle varie en général de 20 à 25 centimètres ; Sappey, par des mensurations précises, a trouvé de 18 à 22 centimètres ; il a constaté en outre que la paroi postérieure était un peu plus courte, et, faisant une moyenne, il donne 20 centimètres comme longueur de l'axe du rectum. Bouvet a fait quelques mensurations d'après la méthode de Sappey et se range à son avis.

Enfin, Testut se basant sur les limites qu'il a données du rectum, a fait des mensurations et trouve comme longueur 12 à 14 cent. chez l'homme, 11 à 12 cent. chez la femme.

Calibre. — Le calibre du rectum est variable suivant qu'on le considère à l'état de vacuité ou de réplétion. Presque virtuelle quand il est vide, sa cavité, lorsqu'il est plein, peut atteindre des dimensions comparables à celles du cœcum. Relativement étroit au niveau de l'anus, il se dilate ensuite pour former l'ampoule rectale qui peut

(1) Testut. — *Anatomie descriptive.*

(2) Richet. — *Anatomie médico-chirurgicale.*

acquérir un volume considérable (34 cent. de circonférence, dit Sappey), puis il devient plus étroit, d'une façon assez régulière pour se continuer avec le côlon ilio-pelvien.

Division. — La division du rectum en tiers supérieur, moyen et inférieur, étant purement théorique, nous ne l'acceptons pas. Celle de Bouvet, en portion intra et extra-péritonéale ne nous satisfait pas non plus. Nous préférons celle de Testut qui admet « une division naturelle du rectum en deux parties : 1^o une portion supérieure relativement considérable, la portion intrapelvienne ou sacro-coccygienne ; 2^e une portion inférieure beaucoup plus courte, la portion extrapelvienne ou anale ». Cette dernière ne comprend que l'épaisseur du périnée, variant de 2 à 3 centimètres.

Vagin. — Du vagin, nous ne nous occuperons que des dimensions et en particulier de celles de sa face postérieure. Bien que des divergences existent dans les divers auteurs, nous admettrons avec Testut que la face antérieure du vagin a 7 cent. 1½ de longueur ; la face postérieure 8 à 8 cent. 1½, mais nous ne devons pas oublier que les parois du vagin sont très extensibles. « Elles ont les dimensions du corps étranger qui s'y trouve introduit. » (Testut).

En admettant, ce qui n'a rien d'exagéré, qu'on puisse le distendre de 3 à 4 cent., la face postérieure atteindra une longueur de 11 à 12 cent.

(ce qui correspond à la longueur du rectum, tel que nous l'avons considéré).

Cloison recto-vaginale. — La cloison recto-vaginale peut être divisée en trois parties : 1^o une portion inférieure limitée (le sujet étant supposé dans la position dorsale) en avant par le périnée, en arrière par l'accolement du vagin et du rectum, qui en forment les faces supérieure et inférieure. L'espace qui sépare le vagin du rectum est rempli par du tissu cellulo-graisseux qui entoure le constricteur du vagin, le sphincter et le transverse. Sa hauteur est de 2 à 3 centimètres. Sa coupe antéro-postérieure a la forme d'un triangle, à base en avant, et à sommet en arrière, d'où son nom de triangle recto-vaginal ; 2^o une portion moyenne limitée en avant par le sommet du triangle vagino-rectal, en arrière par le cul-de-sac péritonéal. Sa longueur est d'environ 3 cent. 1½ à 4 cent. ; 3^o une portion supérieure en contact avec le péritoine, dont nous allons étudier les rapports avec les organes qui nous intéressent.

Péritoine. — Le péritoine descend sur la face antérieure du rectum pour se réfléchir sur la face postérieure du vagin. Sans vouloir entrer dans de grands détails, nous nous bornerons à citer quelques chiffres sur la hauteur du cul-de-sac qu'il forme en ce point.

Tillaux affirme que « le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal est distant de l'anus de 5 centimètres, lorsque la vessie est vide, et de 6 centimètres

tres lorsqu'elle est pleine ; ces distances pouvant varier de 1 à 2 centimètres suivant les sujets. »

« Sanson, l'inventeur de la taille recto-vésicale, et qui avait intérêt à ce que le cul-de-sac péritonéal antérieur fût très élevé, trouve qu'il est séparé de l'anus par une distance de 11 centimètres. Lisfranc, Malgaigne et Richet sont du même avis. »

« Sabatier et Dupuytren évaluent cette distance à 7 centimètres. »

« Velpeau et Béraud, Husche, Legendre, Sappey, prétendent que « la distance est de 5 à 6 centimètres lorsque la vessie est vide, qu'elle peut s'élever jusqu'à 7 et 8 centimètres, lorsque la vessie est pleine. Farabeuf dans des recherches récentes est arrivé au même résultat que Sappey ; il note un cas exceptionnel où le cul-de-sac antérieur était à 3 centimètres de l'anus (1). »

Dans une opération où la blessure d'un organe peut être mortelle, il importe d'avoir sur la situation de cet organe, des notions précises.

« Toutes les descriptions anatomiques sont défectueuses », dit Marchand (2), et il en donne les raisons suivantes :

Il est impossible : 1^o d'éviter les déformations cadavériques de la région ; 2^o de rendre aux muscles leur tonicité et leur longueur réelle ; 3^o de fixer l'anus dans le point occupé pendant la vie.

(1) Bouvel. — Thèse de Bordeaux, 1881.

(2) Marchand. — Thèse de Lyon, 1874.

De plus, la situation des organes varie suivant les conformations individuelles, l'embonpoint, la réplétion ou la vacuité de la vessie et du rectum.

En face de ces disproportions, nous prendrons une moyenne, et nous dirons que le péritoine après avoir recouvert environ les 2 c. supérieurs de la paroi postérieure du vagin, forme cul-de-sac et se met en rapport avec la face antérieure du rectum, sur une longueur approximative de 5 centimètres.

De là, il recouvre partiellement les parois latérales du rectum suivant une ligne oblique de bas en haut et d'avant en arrière, pour aboutir à la 3^e vertèbre sacrée ou ce qui revient au même, à la terminaison du méso-côlon ilio-pelvien.

Dans la cloison recto-vaginale, nous ne rencontrons en fait d'artères, de veines, de lymphatiques que des ramifications peu importantes qui n'offrent aucun intérêt chirurgical.

CHAPITRE II

Considérations sur le cancer et les rétrécissements du rectum.

Cancer. — Nous ne nous occuperons pas des diverses variétés de cancer, mais seulement de leur siège ; c'est le seul point qui nous intéresse.

Le cancer peut se développer en un point quelconque de la hauteur du rectum, sans prédilection bien nette pour une partie plutôt que pour l'autre.

C'est du moins ce que nous croyons pouvoir conclure d'après les statistiques que nous avons consultées. Hecker, par exemple, sur 15 cas de cancer, en localise 9 dans les régions inférieures.

Les observations rapportées dans la thèse de Marchand (1) sembleraient confirmer cette opinion. Duplay se rangerait même à cet avis.

(1) Marchand. — Thèse de Lyon, 1874.

Quant à Bouvet, il affirme que la moitié au moins des cancers occupent les parties supérieures du rectum, intéressant le plus souvent le péritoine.

En considération des nombreuses causes d'erreurs possibles (erreurs de diagnostic et autres) qui peuvent entacher ces statistiques, nous ne leur accorderons qu'une importance relative.

Rétrécissements. — Les auteurs ont l'habitude de distinguer, dans les rétrécissements du rectum, diverses variétés : les rétrécissements valvulaires, spasmodiques, périrectaux, cicatriciels, enfin les rétrécissements inflammatoires, de beaucoup les plus fréquents. Sans vouloir réserver notre intervention à cette seule variété, c'est cependant d'elle que nous nous occuperons spécialement, parce qu'elle est la plus commune et la plus intéressante.

C'est elle qu'on a décrite sous le nom de rétrécissement annulaire, cylindrique, syphilitique, rectite stenosante, etc.

Les rétrécissements inflammatoires ont le plus souvent un siège bas ; on peut dire d'une manière générale qu'ils se montrent dans la moitié inférieure du rectum.

Sur 58 cas réunis par Perret (1), on a :

4 cas à partir de l'anus et remontant à des hauteurs variables.

(1) Perret. — Thèse de Paris, 1885.

32 cas au-dessous de 6 cm.

3 » à partir de 6.

7 » entre 6 et 9.

5 » au-dessus de 9.

3 » à la jonction du rectum et du colon.

D'autre part, sur 21 cas observés par Quenu et Hartmann, au cours de ces dernières années, 20 fois le rétrécissement commençait soit au niveau de l'anus, soit à quelques centimètres au-dessus, pour remonter plus ou moins haut dans le rectum.

Une seule fois il commençait à 6 cm. de l'anus.

Dans la presque totalité des cas, on n'observe qu'un point coarcté : 55 fois sur 59 au dire de Perret, 21 sur 21 dans les observations de Quenu.

Ordinairement peu étendus en hauteur, ayant le plus habituellement de 1 à 4 centimètres, ces rétrécissements peuvent aller assez loin, jusqu'au delà de la limite du doigt.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Manuel opératoire.

Traitement pré-opératoire. — Les jours qui précèdent l'opération seront employés à faire l'antiseptie du tube intestinal et du vagin. Avouons de suite qu'il est impossible d'y arriver d'une façon parfaite ; toutefois, on la rendra aussi rigoureuse que possible, par un régime lacté à peu près exclusif, par les antiseptiques intestinaux ordinaires (naphtol, benzo-naphtol, salol, etc.) par quelques purgatifs, de grandes irrigations intestinales antiseptiques et par des injections vaginales fréquentes.

Si la malade était trop affaiblie pour être soumise

au régime lacté exclusif, on ajouterait quelques toniques et on n'administrerait qu'un seul purgatif. Quelques heures avant d'opérer, il sera donné un dernier lavement.

Préliminaires. — La malade est maintenue par des aides ou une table *ad hoc*, dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fortement fléchies sur le bassin soulevé par un coussin. Les membres inférieurs sont enveloppés de flanelle. L'opérateur sera assis ou debout, suivant la hauteur de la table d'opération, entre les jambes de la malade, et orienté de telle sorte que la lumière lui arrive largement par derrière et par en haut.

La malade est endormie et sondée. Les poils du pubis sont rasés, la région opératoire est lavée au sublimé, à l'alcool et l'éther. Puis on fait une large injection, suivie du brossage de la cavité vaginale ou au moins d'un nettoyage à l'aide du doigt entouré de compreses antiseptiques ; de plus, on lave le rectum.

Les instruments, désinfectés au préalable, seront composés d'un bistouri, d'une pince à dissection, de pinces à griffes, de pinces hémostatiques, écarteurs de Sims et valves de différentes dimensions. On prépare en outre de quoi suturer : fils de soie, crins de Florence avec aiguilles et porte-aiguilles.

Des compreses antiseptiques bouillies seront placées à portée de l'opérateur.

Alors on commence l'opération.

Opération. — *1^{er} Temps.* — *Incision du périnée et de la cloison recto-vaginale.* — Après avoir fortement écarté les parois latérales du vagin à l'aide de deux valves maintenues par des aides, on fait, de bas en haut, sur la ligne médiane, une incision du périnée, au bistouri, puis de la cloison recto-vaginale, aux ciseaux.

Cette incision est faite couche par couche, en s'efforçant de ne pas intéresser le péritoine, qu'on décolle et qu'on récline. Toutefois, s'il arrivait de l'ouvrir, on le suturerait immédiatement.

Des pinces hémostatiques arrêtent l'hémorrhagie, peu abondante d'ailleurs. De cette façon, on a libre accès dans le rectum, et, après écartement à l'aide de valves, on a toute la tumeur sous les yeux.

2^e Temps. — *Résection de la tumeur.* — La tumeur, saisie avec des pinces à griffes, est attirée autant que possible en bas, on sectionne alors transversalement le rectum au-dessus d'elle en tissu sain, en ayant soin de poser de distance en distance, sur le bout supérieur de l'intestin, des pinces au fur et à mesure que l'on incise, afin de le retrouver plus tard.

Une fois la tumeur séparée en haut, on décolle, de haut en bas, le rectum malade ; avec le doigt on l'isole, en arrière et sur les parties latérales, du tissu cellulaire pelvien, en le rabattant en bas.

Chemin faisant l'hémostase est assurée par des pinces. On sectionne de nouveau transversalement la paroi rectale au-dessous de la tumeur.

3^e Temps. — Restauration, qui comprend trois parties :

1^o Affrontement des deux sections transversales de l'intestin.

2^o a) Suture de la section verticale du bout inférieur du rectum.

b) Suture du sphincter.

3^o Colpopérineorrhaphie.

a) Suture de la cloison recto-vaginale.

b) Suture du périnée.

L'affrontement se fait de la manière suivante : des points séparés à la soie réunissent les bords des tuniques musculieuses sur la partie postérieure du rectum jusque sur les parties latérales; puis, en avant de ce premier plan, des points séparés à la soie sont placés sur les bords de la muqueuse, de sorte que la moitié postérieure du cylindre rectal se trouve reconstituée avant les parties latérales et antérieure. Pour ces dernières, la suture muco-muqueuse est d'abord exécutée, puis ensuite la suture des bords de la musculieuse. Le rectum entièrement fermé circulairement, il ne reste plus qu'à suturer la section verticale du bout inférieur jusques et y compris l'anus.

L'affrontement est obtenu par deux plans de suture, l'un sur la muqueuse à points séparés, l'autre sur la musculieuse qui n'est qu'une suture en surjet à la soie.

Pour reconstituer le sphincter, trois fils de soie supplémentaires sont passés dans les deux petites

masses musculaires qui représentent ce muscle divisé.

Enfin, la colpopérinéorrhaphie est exécutée. La cloison recto-vaginale est reconstituée par un seul plan de sutures à la soie à points séparés, jusqu'à son tiers inférieur; à ce niveau, cinq fils profonds au crin de Florence sont passés au travers de la peau et de toute l'épaisseur des tissus périnéaux, d'un côté à l'autre. Ces fils adaptent l'une à l'autre les deux parties cruentées qui représentent la section médiane du périnée. D'autres fils superficiels assurent l'affrontement des bords de la muqueuse dans le vagin et des lèvres de la peau sur le périnée.

Ces diverses sutures terminées, la restauration nous apparaît parfaite et la région reprend son aspect normal.

La perte de sang n'est pas considérable.

La durée de l'opération ne dépasse pas une heure, malgré le temps assez long consacré aux sutures : vingt minutes environ.

Pour assurer l'aseptie des sutures, on laisse à demeure un tampon de gaze iodoformée dans le vagin et un dans le rectum.

Un bonne précaution consiste à introduire dans le rectum avant la gaze, un tube en caoutchouc assez long permettant l'issue des gaz.

Traitement post-opératoire. — Les soins consécutifs à notre opération sont très importants pour la réussite de la réunion par première intention.

La ligne de suture sera saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze iodoformée.

Faut-il constiper les opérés ou provoquer des selles précoces ? Nous croyons préférable d'éviter la défécation jusqu'au 4^e jour, puis de la solliciter par un purgatif et non un lavement, afin d'empêcher la déchirure des sutures par les matières dures.

L'administration de 2 pilules d'opium de 2 centigrammes par jour, suffit avec la demi diète pour empêcher les évacuations prématurées. S'il survient un sentiment de besoin, on prescrira un suppositoire contenant 10 centigrammes d'extrait thébaïque. On fera, en outre, des lavages fréquents du rectum.

D'autre part, il faut éviter toute cause mécanique qui puisse exercer une traction, si légère fût-elle, sur les fils du périnée, et pour cela, il est prudent de maintenir les jambes de la malade réunies par un lien et de les faire reposer fléchies sur un coussin transversalement placé.

La malade ne devra pas se lever avant trois semaines.

Tel est le manuel opératoire de M. le professeur Vautrin. D'autres procédés déjà expérimentés, en diffèrent seulement par quelques détails. C'est ainsi que Campenon commence par sectionner le rectum, au-dessous de la tumeur, pour le disséquer de bas en haut, et terminer par la section transversale supérieure.

Son mode de suture lui est également spécial, ainsi que son incision de la cloison et du périnée, qu'il fait par transfixion.

Herzen a été amené à notre procédé, dans des circonstances spéciales : ayant fait au niveau du périnée et de la muqueuse vulvaire, une incision courbe de huit centimètres, le jour obtenu ne lui parut pas suffisant ; c'est alors qu'il se décida à sectionner la cloison recto-vaginale. Sa première incision, qui n'était que le préliminaire d'une autre opération, remplace donc la section verticale que nous faisons du périnée et du sphincter.

Enfin, le manuel opératoire de Desguins présente des différences un peu plus notables :

Au lieu de faire l'incision de la cloison recto-vaginale sur la ligne médiane, il la porte latéralement à gauche de la colonne postérieure du vagin, parallèlement à elle jusqu'à la vulve qu'il atteint à 1 cent. 1/2 de la commissure. Il la continue ensuite sur le périnée, en contournant l'anus à une distance de 2 cent. jusqu'à la ligne ano-ischiatique et un peu au-delà.

Cette dernière incision est alors approfondie, ce qui amène la section du releveur de l'anus. Nous passons sous silence les particularités de l'extrémité supérieure de son incision vaginale, nécessitées par une fistule recto-vaginale.

Nous pourrions ajouter, comme modification à apporter au manuel opératoire, que nous avons

indiqué un procédé spécial de suture des bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

Ce procédé a été imaginé par Villar (1), et semble devoir donner de bons résultats pratiques.

Voici en quoi il consiste :

Au lieu de réunir les deux bouts de l'intestin par une suture circulaire simple, on pratique sur chaque bout une incision médiane verticale, longue de 2 à 3 centimètres.

Les deux lèvres de chaque fente s'écartant un peu, on a aussi quatre lambeaux triangulaires flottants, deux supérieurs, deux inférieurs. Avec les ciseaux, on enlève l'angle de ces lambeaux, on les arrondit ; puis, la muqueuse est abrasée sur une hauteur de 1 centimètre, sur tout le pourtour des bouts supérieur et inférieur.

Ils sont ensuite rapprochés l'un de l'autre, puis on les fixe par deux rangées de suture, l'un tout près de la muqueuse, l'autre au bord libre de la musculieuse. On obtient de cette manière, une ampliation considérable de l'intestin. Et, s'il survient une rétraction inodulaire, elle ne serait jamais assez grande pour rétrécir le rectum au-delà de ses dimensions normales.

Cette modification, qui trouve son application dans les sutures de l'intestin, semble moins nécessaire dans celle du rectum, étant donné son très grand calibre.

(1) Labordère. — Thèse de Bordeaux, 1891.

Du reste, dans notre procédé opératoire, la section verticale faite sur le bout inférieur de l'intestin, permet d'élargir la ligne de suture et d'éviter le retrécissement ultérieur.

Enfin pour être complet, nous devons ajouter que l'opérateur pourra modifier le cas échéant (cancer ou retrécissement peu étendu), l'incision longitudinale et entière de la cloison recto-vaginale, et la transformer en une simple boutonnière de dimensions variables selon les besoins.

CHAPITRE II

Observations

Nous n'avons pu recueillir que quatre observations de diacolpoproctectomie, deux pour cancers, deux pour rétrécissements.

Nous pourrions les ranger, soit d'après la nature de la tumeur qui a provoqué l'intervention, soit dans l'ordre chronologique, mais comme nous avons surtout en vue le *modus operandi*, il nous semble préférable de placer en tête l'observation qui a servi de base à notre chapitre de manuel opératoire en faisant suivre les autres d'après leur ordre de ressemblance.

OBSERVATION I

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUTRIN ET RECUEILLIE DANS SON SERVICE A L'HOPITAL CIVIL DE NANCY, PAR M. ANDRÉ, CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Néoplasme annulaire du rectum d'une hauteur de 3 à 4 centimètres, commençant environ à 6 ou 7 centimètres de l'anus. Résection, par la voie vagino-périnéale, de 9 centimètres du gros intestin. Complication au 10^e jour d'une fistule recto-vaginale qui se ferme spontanément en quelques jours. Pas d'incontinence des matières fécales, même liquides, ni des gaz. La malade quitte l'hôpital 20 jours après l'opération, et depuis a repris ses occupations.

Salle VI. Lit 5. M.... Clémence 39 ans.

Entrée le 22 avril 1895.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Rien de particulier.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté il y a 18 mois et a duré d'une façon à peu près continue pendant 1 an. Les selles étaient souvent teintées de sang. Au début il n'y avait pas de douleurs; l'appétit avait diminué; cependant l'état général était resté assez bon.

Depuis environ 6 mois, la malade n'a plus de diarrhée, elle va assez bien à la selle. Il y a trois semaines, elle a été fortement constipée pendant une quinzaine de jours :

les selles étaient très difficiles. Depuis la cessation de la diarrhée, les selles ont cependant continué à être teintées de sang. En outre, souvent la malade éprouve le besoin d'aller à la selle, et n'épulse qu'un peu de sang pur.

Depuis un mois, apparition de la douleur qui se manifeste sous forme de lancées et d'étreintes survenant fréquemment, surtout la nuit.

Depuis quelques mois, la malade a en partie perdu l'appétit et a passablement maigri.

Etat actuel. — Le toucher rectal permet de sentir un néoplasme annulaire faisant une assez forte saillie dans le rectum, sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Il commence à 6 ou 7 centimètres de l'anus, est à peu près circulaire lobulé, à surface lisse, modérément dure.

Les dix jours qui précèdent l'opération sont consacrés à préparer l'antiseptie du tube intestinal et du vagin.

4 mai. — *Opération* (nous l'avons détaillée dans notre chapitre de manuel opératoire).

La longueur du gros intestin réséqué est de 9 centimètres.

Le soir même, la malade a quelques vomissements ; on lui administre cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Température, 38°5.

5 mai. — La malade va relativement bien. Elle ne vomit plus. Elle urine seule, mais n'a pas de gaz. On change les tampons vaginal et rectal. On donne de nouveau cinq centigrammes d'extrait thébaïque et on prescrit une demi-diète. Température, 38°5 le matin, 39°1 le soir.

6 mai. — L'état de la malade est satisfaisant. Elle continue à uriner seule, mais ne rend pas encore de gaz. On entretient la constipation. Le ventre est légèrement ballonné et on constate un peu de fièvre. Température, 38°8 le matin ; 39°5 le soir.

7 mai. — Amélioration assez notable ; la malade a rendu des gaz ; le ventre est cependant encore un peu

ballonné. La fièvre diminue. Température, 38°6 le matin ; 38°1 le soir.

On enlève les tampons vaginal et rectal et on prescrit des injections fréquentes.

L'opium est encore donné, mais à doses plus faibles.

8 mai. — Rien de particulier à noter chez l'opérée. On arrête les pilules d'extrait thébaïque. Suppression de la diète. Température, 37°5 le matin ; 38°5 le soir.

9 mai. — Un léger purgatif est administré, la malade va à la selle abondamment et plusieurs fois. Température, 38°3 le matin ; 38°4 le soir.

10 mai. — La malade a une selle. Les injections vaginales et rectales sont faites encore plus fréquemment que d'habitude. Température, 37°6 matin et soir.

13 mai. — Etat satisfaisant. La malade a été régulièrement à la selle tous les jours. Elle retient bien les matières et les gaz et ne présente pas trace d'incontinence. Le ballonnement du ventre a disparu.

La température est restée stationnaire autour de 38° le 11 et le 12, pour descendre le 13 à 37°5 et arriver insensiblement à la normale.

14 mai. — La malade n'a pas été à la selle ; elle ne présente rien autre de particulier.

15 mai. — Au cours d'une selle nocturne, une des sutures de la paroi recto-vaginale a cédé au niveau du 1/3 inférieur du vagin. Les matières se sont écoulées par le vagin, à travers le petit orifice ainsi produit.

On introduit dans le rectum un tube en caoutchouc d'assez fort calibre pour donner facilement issue aux matières et aux gaz, et empêcher la distension des sutures. Dans la journée, il ne s'écoule rien par le vagin ; le soir, le tube tombe de lui-même.

16 mai. — La malade est allée à la selle plusieurs fois en diarrhée ; une faible partie des matières s'est encore écoulée par la fistule.

17 mai. — Selles fréquentes, légèrement diarrhéiques. Il ne s'écoule que très peu de chose par la fistule.

19 mai. — Selles régulières, assez moulées. La fistule ne laisse plus échapper de matières et se cicatrise d'elle-même.

20 mai. — Même état, qui persiste les jours suivants.

25 mai. — La malade quitte l'hôpital. Elle a bon aspect; l'appétit est revenu en grande partie; elle n'accuse aucune douleur.

Une lettre, que nous avons reçue de la malade au cours de Janvier 1896, nous apprend que depuis l'opération elle s'est trouvée très bien, qu'elle a pu se livrer à ses occupations pendant tout l'été dernier, qu'elle a bon appétit et dort très bien. Toutefois, depuis près d'un mois, elle ressent quelques douleurs dans l'abdomen et a de la tendance à la constipation.

OBSERVATION II

COMMUNICATION FAITE PAR LE DOCTEUR CAMPENON, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, 8^e CONGRÈS DE CHIRURGIE FRANÇAIS, TENU A LYON (SEPTEMBRE 1894).

Rétrécissement annulaire du rectum d'environ 3 centimètres de hauteur, d'origine vénérienne, probablement par blennorrhagie rectale, remontant à 5 ou 6 ans, et pouvant à peine accepter l'extrémité de l'index. Excision, par la voie vagino-périnéale, d'une longueur de 5 centimètres du rectum. Désunion des lèvres de la muqueuse rectale, qui guérit en 15 jours. Pas d'incontinence des matières fécales, même pour les matières liquides. La malade reprend sa vie de travail.

Femme de 26 ans, entrée le 17 juillet 1894, dans le service de M. Campenon, à l'Hôpital Broussais.

Elle souffre depuis plusieurs années déjà d'une constipation opiniâtre, mais ce n'est guère que depuis 2 mois qu'elle présente tous les symptômes fonctionnels d'un rétrécissement accompagné de rectite. L'examen direct fait reconnaître à l'union de l'anus et du rectum, l'existence d'un rétrécissement annulaire pouvant à peine accepter l'extrémité de l'index. Il paraît mesurer environ 1 cent. 1½ de hauteur. Sa surface, lisse dans la demi-circonférence antérieure, est granuleuse en arrière, et ces granulations semblent remonter assez haut, au-dessus du rétrécissement proprement dit.

De l'étude des commémoratifs rapprochée de l'examen direct, on conclut à un rétrécissement vénérien, probablement par blennorrhagie rectale remontant à 5 ou 6 ans.

Pendant 15 jours, la malade est soumise à un traitement antiseptique préparatoire : cachets de naphtol, irrigations rectales à l'eau chloralée, avec sonde à double courant, injections vaginales au sublimé.

Opération le 8 août. — La malade étant dans la position dorsale, les cuisses fortement fléchies, une large valve confiée à un aide, relève la paroi antérieure du vagin. L'index gauche, introduit dans le rectum jusqu'au delà du rétrécissement, on fend directement et par transfixion exactement sur la ligne médiane, la paroi vagino-rectale, ainsi que la fourchette et l'anüs. Une anse de fil est immédiatement passée à l'angle de chacun des lambeaux ainsi taillés, et confiée aux aides qui écartent fortement.

Il est dès lors facile de voir et de tâter dans toute leur étendue, rétrécissement et parties ambiantes, et l'on reconnaît que les lésions sont plus étendues que ne l'avait révélé le toucher rectal.

Une incision transversale parallèle à l'orifice anal, à 2 centimètres au-dessus de lui, sectionne le rectum qu'il est très facile dès lors de disséquer, dans une étendue de 8 centimètres environ. Ce n'est en effet, qu'après avoir libéré suffisamment le bout supérieur, pour pouvoir l'abaisser, qu'on termine l'excision par une deuxième incision transversale, parallèle à la première. La portion ainsi excisée mesure 5 centimètres de hauteur.

L'acte opératoire proprement dit était achevé : restait à faire la *réparation*. Elle comprend trois temps : *affrontement des deux bouts de l'intestin*. *Restauration du sphincter*. *Périnéorraphie*.

L'affrontement fut assuré par deux plans de suture, un muqueux, un musculéux, celui-ci pratiqué d'une façon un

peu spéciale. L'aiguille conduite perpendiculairement à l'axe de l'intestin, à 2 centimètres de la ligne de section, traverse la couche musculieuse dans une étendue d'un centimètre environ avant de ressortir ; de sorte que chaque anse de fil embrasse environ un centimètre de paroi, de manière à se mettre à l'abri de toute section par rétractilité des parties.

Le sphincter est reconstitué par trois points de suture à la soie.

La périnéorrhaphie est faite à la soie pour le vagin, au fil d'argent pour le périnée et la fourchette.

L'opération entière n'a pas duré plus de trois quarts d'heure. La perte de sang a été insignifiante, car on a pu facilement saisir au fur et à mesure les vaisseaux.

Le pansement a consisté dans un double tamponnement vaginal et rectal à la gaze iodoformée, avec mise à demeure d'un gros tube en caoutchouc dans le rectum.

Les suites opératoires furent des plus simples. La température s'élevait le soir même à 39°, mais elle retombait dès le lendemain à 37°5, et dès lors oscillait entre 37°2 et 38°. Localement il y eut une légère désunion des lèvres de la muqueuse rectale à la partie antérieure, mais avec très faible écartement et qui guérit en 15 jours.

Il n'y a eu à noter, aucune complication inflammatoire de voisinage, ce qui s'explique par l'absence de manœuvres étendues à travers le tissu cellulaire péri-rectal.

Un fait surtout à signaler, c'est l'état des sphincters. La malade n'a jamais eu d'incontinence, même pour les matières liquides.

Les dernières nouvelles reçues de l'opérée remontent à l'époque de la publication de M. Campenon, (2 mois environ après l'intervention). La malade affirme qu'elle ne souffre plus, qu'elle va régulièrement à la selle et qu'elle a repris sa vie de travail.

OBSERVATION III

PUBLICATION DE M. HERZEN DANS LA REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE, DÉCEMBRE 1894.

Rétrécissement rectal datant de 3 ans, siégeant à la limite de la région ano-rectale et ne laissant pas passer le petit doigt. — Soumis sans effet appréciable au traitement syphilitique mixte, à la dilatation forcée et à la rectotomie interne. — Opéré par la voie vagino-périnéale. Pas d'incontinence. Guérison au bout de quelques jours.

Femme de 36 ans, présentant depuis 3 ans les symptômes d'un rétrécissement rectal. Soumise d'abord à un traitement syphilitique mixte qui n'eut aucun effet, elle subit ensuite une dilatation forcée qui ne produisit qu'une légère amélioration. Enfin, une rectotomie interne faite plus tard, n'eut-elle aussi qu'un résultat passager.

Au moment où Herzen examina la malade (mars 1894), elle était faible, pâle, souffrait d'inappétence, de coliques intestinales et de vertiges ; constipée depuis plusieurs jours, elle avait à des intervalles irréguliers, des selles liquides. Aucun signe de syphilis ne fut constaté. Le toucher révélait un rétrécissement du rectum, siégeant à la limite de la portion ano-rectale et qui ne laissait pas passer le petit doigt. Point d'ulcération dans la partie accessible.

Pendant quelques jours avant l'intervention, la patiente

fut préparée par des irrigations abondantes du vagin et du rectum à l'eau boriquée ; aucun médicament antiseptique ne fut administré intérieurement, vu la faiblesse de la malade et l'impossibilité de désinfecter le gros intestin par des substances irgérées par la bouche.

Diète liquide pendant les deux jours précédant l'opération.

Le 11 mars 1894, la malade est chloroformée et placée comme pour une hystérectomie vaginale ; dilatation forcée de la partie anale du rectum, suivie d'un grand lavage au sublimé ; bonne désinfection du vagin, puis incision courbe de 8 cent. à la limite de la peau périnéale et de la muqueuse vulvaire ; hémostase ; décollement avec le doigt ou avec des instruments mousses de la paroi recto vaginale jusqu'au cul-de-sac postérieur. Ce dédoublement ne donnant pas assez de jour, on fendit de bas en haut, sur la ligne médiane, toute la paroi postérieure du vagin, après avoir introduit une valve antérieure. Les deux lambeaux écartés donnèrent un large champ opératoire où il ne fut pas difficile de disséquer et d'isoler le rectum sur une étendue dépassant de quelques centimètres la partie rétrécie.

Section transversale du rectum à 3 centimètres au-dessus du sphincter anal. La partie rétrécie est alors saisie avec une forte pince à traction introduite par l'anus dilaté ; on continue à séparer le rectum des tissus environnants et à exercer la traction jusqu'à ce que le rétrécissement se trouve être accouché ; nouvelle section transversale du rectum à 3 centimètres au-dessus de la partie rétrécie. Le bout supérieur du rectum est fixé au bout inférieur par deux plans de suture ; suture des deux lambeaux vaginaux, en ayant soin de charger sur l'aiguille le tissu conjonctif recouvrant la face antérieure du rectum ; suture au crin de Florence de la peau et de la muqueuse vulvaire.

La restauration des parties une fois terminée, un tube de caoutchouc fut introduit dans le rectum pour le passage des gaz et l'on fit un tamponnement à la gaze iodoformée du rectum et du vagin, dans le double but d'antiseptiser la plaie et de maintenir en contact intime, les feuillets vaginal et rectal de la cloison recto-vaginale.

Pendant huit jours après l'opération, diète liquide et constipation à l'opium.

Au bout de quelques jours, la malade se levait guérie.

Pas d'incontinence, selle normale tous les deux jours.

La malade fut revue pour la dernière fois le 18 juin, trois mois et huit jours après l'opération ; elle avait bien meilleure apparence, avait repris de l'embonpoint, ne souffrait plus de vertiges, les garde-robes s'effectuaient régulièrement sans effort. ni douleur ; l'examen local révélait l'absence de toute partie indurée ou rétrécie, le doigt rencontrait partout une paroi rectale normale.

OBSERVATION IV

PUBLIÉE PAR M. DESGUINS DANS LES ANNALES DE LA SOCIÉTÉ
DE MÉDECINE D'ANVERS (SEPTEMBRE 1890).

Cancer des deux tiers supérieurs du rectum, envahissant la cloison, avec infiltration probable du méso et compliqué d'une fistule recto-vaginale, chez une femme de 64 ans, cachectique. Opérée par la voie vagino-périnéale. Syncôpes fréquentes pendant l'intervention et répétées dans la journée. Mort à 7 heures du soir.

Femme de 64 ans, très faible, cachectique.

Le cancer occupait les deux tiers supérieurs du rectum; la cloison, envahie jusque près du col utérin, était perforée largement, de sorte que les matières fécales s'échappaient par la vulve. Mobilité latérale du bloc cancéreux assez satisfaisante; de même, mobilité de bas en haut, mais immobilité à peu près complète de haut en bas, donc: infiltration probable du méso.

Par le toucher rectal, on reconnaissait l'intégrité de l'anus, mais le doigt ne pouvait franchir le néoplasme, dont l'étendue vers le haut restait douteuse.

En somme, cancer opérable au point de vue palliatif, non opérable quant aux probabilités de récurrence.

Opération le 17 juillet 1890.

Décubitus dorso-lombaire, les jambes relevées et écartées par un appareil *ad hoc*. Périnée déprimé:

1^o Incision comprenant la muqueuse vaginale transversalement, suivant le cul-de-sac postérieur, comme s'il s'agissait de faire l'hystérectomie vaginale.

2^o Perpendiculairement à celle-là, deux incisions longitudinales circonscrivant largement la perforation vaginale pour se joindre vers le tiers inférieur du vagin, à gauche de la colonne postérieure. De ce point, incision parallèle à la colonne jusqu'à la vulve, qui est atteinte à 1 centimètre 1/2 de la commissure.

3^o L'incision est continuée sur la peau en contournant l'anus à une distance de 2 centimètres, jusqu'à la ligne ano-ischiatique et un peu au-delà.

Cette dernière incision est alors approfondie, amenant la section du releveur de l'anus. Le rectum étant dégagé latéralement jusque près du cancer, on le coupe perpendiculairement à son axe en utilisant une partie des incisions vaginales.

Le bout anal ainsi libéré est alors récliné et mis en quelque sorte hors du champ opératoire au moyen d'un large dépresseur dont l'action contribue à élargir l'énorme ouverture au fond de laquelle se trouve maintenant le cancer à extirper. En pratiquant une traction sur celui-ci à l'aide d'une pince de Museux et travaillant des ciseaux autour du néoplasme, on arrive à la circonscrire, non sans rencontrer beaucoup d'adhérence vers le sacrum. Pendant ce travail, les ciseaux suivent à l'occasion et utilisent les incisions vaginales.

Le moment est venu d'ouvrir le Douglas. Ceci étant fait, le doigt introduit dans le péritoine nous fait facilement reconnaître la limite du cancer, qui n'est guère qu'à un couple de centimètres plus haut. Le côlon est sain et mobile, mais le mésentère est résistant. Le rectum malade ne se laisse pas décoller facilement de ses attaches postérieures et quelques fortes brides doivent encore être

coupées aux ciseaux avant qu'il soit possible de l'attirer vers le bas.

Une fois ces brides coupées, l'S iliaque se laisse amener. On s'assure de sa possession en passant dans sa paroi quelques fils de soie qui sont confiés à un aide. Une section transversale au-dessus du cancer et celui-ci se trouve enlevé.

Restent les sutures :

1^o Suture du bout supérieur de l'intestin au bout anal ; points séparés, nombreux ; temps facile, mais long.

2^o Suture continue pour la réfection du vagin, sans s'occuper du péritoine.

3^o Quelques points profonds au fil d'argent pour le périnée.

Deux gros drains en canon de fusil longent le nouveau rectum, depuis le Douglas jusqu'à l'espace ischio-anal.

L'opération a été très longue : deux bonnes heures. Cette durée tient en bonne partie à l'interruption fréquente de la chloroformisation causée par des menaces syncopales répétées.

La perte de sang a été naturellement fort abondante.

Le soir même de l'opération, les tendances syncopales persistèrent et, brusquement, à 7 h. du soir, la malade succomba dans une dernière syncope.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Discussion.

La chirurgie contemporaine possède, pour aborder le rectum, outre la voie naturelle, l'anus, deux voies principales : la voie *osseuse ou parasacrée* et la voie des parties molles, *vaginale, périnéale et vagino-périnéale*.

Quels sont les avantages et les inconvénients de chacune d'elles ?

A la voie sacrée, dont le Kraske est le type, nous reconnaissons surtout un grand avantage ; c'est d'offrir un jour immense, reculant aussi haut que possible les limites de l'opérabilité. C'est ainsi que Bardenhauer, Kirchoff et autres ont pu réséquer jusqu'à 20 et 25 centimètres de gros intestin (1).

(1) Quenu. — Indépendance Médicale, 13 septembre 1895.

Malheureusement cette opération n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients opératoires ou post-opératoires.

Elle est longue, laborieuse, quelquefois ne peut être menée à bonne fin (Campeau).

Elle occasionne de grands délabrements.

Sa gravité, tant par le choc opératoire (40 0/0 de mortalité, Morestin), que par ses complications ultérieures, peut faire hésiter le chirurgien pour peu que l'état général soit mauvais.

La perte de sang est toujours considérable, comme dans toutes les résections osseuses, et peut même devenir inquiétante immédiatement, par lésion de l'artère mésentérique qui se rétracte brusquement et ne peut être que difficilement liée (Morestin) ou secondairement, par chute précoce des escharres.

Enfin le bistouri peut blesser certains organes du voisinage : uretères, côlon, intestin grêle.

Indépendamment de ces accidents opératoires, il existe bon nombre de complications post-opératoires plus ou moins tardives.

Parmi les plus graves, on relève la nécrose des os, l'infection du canal sacré avec méningite sacrée, la gangrène de la région fessière et du rectum d'origine ischiémique, nerveuse ou septique.

D'autre part, la riche innervation de cette région met difficilement à l'abri de sections nerveuses intéressant soit le releveur, soit le sphincter

de l'anus, muscles dont la paralysie présente les plus grands inconvénients et amène de l'incontinence des matières fécales. On ne rencontre *presque jamais*, dit Morestin, un ancien opéré de Kraske chez lequel l'appareil sphinctérien fonctionne normalement. *Presque toujours* on constate que l'anus est paralysé. Encore y a-t-il plusieurs variétés. Parfois il y a paralysie du sphincter seul; le plus souvent on a en même temps, sinon une paralysie, du moins une impotence fonctionnelle du releveur de l'anus. Quand les selles sont liquides le malade ne peut les retenir, elles sont expulsées au fur et à mesure qu'elles se présentent.

Comme autres conséquences tardives de cette paralysie, on a cité des prolapsus du vagin et du rectum, et des difficultés de rotation au cours d'un accouchement.

Le pronostic de cette opération est encore assombri par des accidents éloignés, suppurations prolongées, fistules sacrées souvent multiples, toujours de longue durée et sans tendance à la guérison spontanée. On ne peut guère citer de malades opérés de Kraske qui n'aient conservé plus ou moins longtemps une ou plusieurs fistules sacrées.

Enfin, notons une solidité moindre du bassin dont la réparation est toujours lente et nécessite de la part de l'opérée un séjour prolongé au lit.

Il est une autre catégorie d'inconvénients communs à la voie osseuse et à la voie des parties

molles. Ce sont la péritonite et la cellulite pelvienne et par action réflexe, la paralysie vésicale sous ses différentes manifestations (incontinence ou rétention).

Ajoutons que l'une ou l'autre de ces voies ne met complètement à l'abri des récidives dans les cas de cancer.

La voie des parties molles offrira au chirurgien un espace plus restreint et limitera forcément son intervention. Par contre, elle ne présente aucun des dangers énumérés plus haut par la voie sacrée. L'hémorrhagie généralement est négligeable. On ne fait pas de lésions osseuses, les sections nerveuses sont sans importance et la cicatrisation se fait dans un nombre de jours assez restreint.

La durée moindre de l'opération, le choc opératoire moins intense, permettent d'intervenir chez des malades même passablement affaiblis.

Après cette étude comparative, il ne peut rester de doutes, sauf indications spéciales, sur le choix de la voie opératoire.

Il nous reste maintenant à étudier les différentes méthodes qui utilisent les parties molles et à les comparer entre elles.

C'est Lisfranc qui, le premier, a abordé le rectum par la voie périnéale. A cet effet, il circonscrit l'anus par une incision, décolle le rectum pour l'attirer au dehors et le sectionner.

A ce procédé, nous ferons surtout les reproches suivants. Le champ opératoire est étroit, obscur,

le décollement est forcément très limité dans son excursion, ce qui expose souvent à une exérèse incomplète. D'autre part, il occasionne, et c'est là un point important, une incontinence plus ou moins complète des matières fécales, par suite de l'excision du sphincter.

Ces différents inconvénients ne sont que modérément atténués par les modifications diverses, apportées à ce mode opératoire (Velpeau, Denonvilliers etc.)

Nous nous contenterons de signaler le procédé d'Hartmann, qui consiste à attirer à travers l'anus dilaté, le rectum malade, pour le sectionner ensuite et en suturer l'extrémité à la peau. Il nous paraît excellent, mais ses limites d'intervention ne dépassent pas quelques centimètres.

La voie vaginale exclusive offre, elle aussi, un espace trop restreint pour atteindre des lésions tant soit peu étendues, aussi les chirurgiens ont-ils été amenés à combiner les voies vaginale et périnéale, et c'est de cette méthode opératoire que nous allons nous occuper.

Différents procédés ont été employés ; nous les avons signalés au chapitre de Médecine opératoire et en avons rapporté les observations. Nous en ferons la critique suivante :

Herzen (Observation III), par son incision courbe au niveau de la muqueuse vulvaire et du périnée, évite la section du sphincter. C'est le seul avantage que nous lui reconnaissons, avantage d'ailleurs

bien minime, quand on songe que la restauration du sphincter peut se faire facilement et d'une façon parfaite. En revanche, le champ opératoire est loin d'être aussi vaste que dans notre procédé et les facilités opératoires sont moindres. D'ailleurs, chez lui la voie vaginale n'est qu'accessoire ; elle lui sert seulement à décoller le rectum rétréci, qu'il accouche ensuite par l'anوس, dilaté au préalable. Or, cette dilatation forcée de l'anوس n'est pas sans causer parfois des accidents sérieux.

Desguins (Observation IV) augmente son champ opératoire en faisant sur le périnée une incision, non plus transversale, mais verticale, et s'il fait son incision vaginale latéralement, c'est pour contourner l'anوس plus facilement et pouvoir respecter le sphincter. Par contre, il intéresse le releveur de l'anوس, dont les fonctions sont presque aussi importantes que celle du sphincter, au point de vue de l'incontinence des matières fécales, et cela sans nous offrir aucune garantie de la réparation de ce muscle. La mort de son opérée ne nous a pas permis de juger les résultats post-opératoires de sa méthode.

Campenon (Observation II), dans un procédé à peu près identique au nôtre, dissèque le rectum de bas en haut, et non de haut en bas. C'est un détail opératoire que nous signalons sans y attacher d'importance.

Nous reconnaissons que le mode de suture de M. Campenon est bon, puisqu'il a donné d'excel-

lents résultats. Sa malade n'a présenté à aucun moment d'incontinence de matières fécales, pas même liquides. Toutefois, il nous semble que les sutures employées par M. Vautrin nous offrent une plus grande garantie; c'est, du reste, ce que prouve l'observation I.

Néanmoins, malgré les précautions les plus grandes, les fistules recto-vaginales seront assez communes; elles se feront surtout au point d'union de la suture circulaire et de la suture verticale de l'intestin, c'est-à-dire vers la partie moyenne de la cloison recto-vaginale.

Si l'on en juge par les fistules qui suivent parfois l'hystérectomie vaginale, et par celles que nous avons observées (Observations I et II), le pronostic de cet accident est bénin et la guérison s'opère spontanément et avec rapidité.

En résumé, pour intervenir chirurgicalement sur le rectum, on devra, sauf indications spéciales, préférer à la voie osseuse la voie des parties molles. Parmi les différentes variétés que celle-ci nous offre, c'est la voie vagino-périnéale qui semble la meilleure, et en particulier le procédé de M. Vautrin.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications.

Les indications de la diacolpoproctectomie dépendent surtout du siège et de la nature de l'affection qui nécessite notre intervention.

D'après nos données anatomiques, nous savons que par la face postérieure du vagin dilaté, nous pouvons atteindre le rectum jusqu'à une hauteur de 12 centimètres au-dessus de l'anus ; or, c'est précisément les dimensions que nous avons assignées à cette portion terminale de l'intestin. Il en résulte que toutes les affections du rectum nécessitant une résection, sont justiciables de cette opération. En premier lieu, viennent les rétrécissements inflammatoires ; dans ces cas, une intervention devra toujours être curatrice et la diacolpoproctectomie nous mettant à l'abri des paralysies sphinctériennes, des fistules sacrées, des consolidations osseuses insuffisantes, y trouve ses indications (Observat. II et III). Elle n'est

pas moins indiquée dans les cancers limités du rectum (Observat. I), et plus particulièrement lorsqu'ils prédominent sur sa face antérieure, et qu'ils intéressent la cloison recto-vaginale (Observat. II).

Sa bénignité permettra d'intervenir chez des sujets même très affaiblis. C'est ainsi qu'Herzen n'a pas craint d'utiliser la voie vagino-périnéale, malgré l'état de faiblesse extrême de sa malade, car avoue-t-il lui-même « vu les résultats peu encourageants du Kraske, je résolu d'abandonner la voie sacrée. »

Enfin, toutes choses égales, la diacolpoproctectomie devra encore être préférée à la voie sacrée dans quelques cas spéciaux : rectocèle, ancienne déchirure du périnée etc.

Les contre-indications à notre opération sont relativement rares.

Ce n'est que lorsque la lésion siège trop haut, que son exérèse ne pourrait être qu'incomplète ou palliative, que nous devons céder le pas à la voie sacrée.

D'autre part, toute affection de la portion anale du rectum, qui intéresse le sphincter et nécessite son excision, sera traitée de préférence par le Lisfranc et ses dérivés, à condition toutefois qu'elle ne remonte pas trop haut sur le rectum, et qu'on puisse, par cette voie, en faire une entière ablation.

Avouons enfin qu'il peut résulter une légère difficulté opératoire, de l'existence d'anciennes affections génitales inflammatoires (pelvi-péritonite). De même le rétrécissement du diamètre bischiatique dans les bassins rachitiques peut réduire le champ opératoire.

CONCLUSIONS

En résumant chacun de nos chapitres, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1° La diacolpoproctectomie est une opération plutôt simple, sans gravité immédiate, et partant applicable à des cas même avancés.

2° Elle offre les mêmes chances de guérison que les autres modes opératoires, ne laisse à sa suite aucun trouble sphinctérien et n'expose pas aux conséquences éloignées et persistantes de la voie osseuse.

3° A part de rares exceptions, toutes les affections stricturantes du rectum, congénitales, inflammatoires, néoplasques, sont justiciables de notre intervention. L'extension trop considérable des lésions doit seule lui faire préférer une autre méthode.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUILLY. — *Des indications et de la valeur de l'incision vaginale.* (Presse Médicale, novembre 1895.)
- BOUVET. — *De l'intervention chirurgicale dans le cancer du rectum.* (Thèse de Bordeaux, 1881.)
- CAMPENON. — *Congrès de chirurgie de Lyon.*
- CHRÉTIEN. — *Médecine opératoire.*
- DESGUINS. — *Extirpation du cancer rectal par la voie vagino-périnéale avec conservation du sphincter.* (Annales de la Société de Médecine d'Anvers, septembre 1890.)
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie.*
- FORTERRE. — *Du cancer primitif de la cloison recto-vaginale et de son extirpation.* (Thèse de Paris, 1892.)
- HERZEN. — *De la voie vaginale dans la résection du rectum pour rétrécissement non cancéreux.* (Revue Médicale de la Suisse Romande, 1894.)
- MARCHAND. — Thèse de Lyon, 1874.
- MORESTIN. — *Des opérations qu'on pratique par la voie sacrée.* Thèse de Paris, 1894.
- PERRET. — Thèse de Paris, 1885.

QUENU. — *De l'extirpation du rectum cancéreux.* (Indépendance médicale, 13 novembre 1895.)

QUENU et HARTMANN. — *Traité de chirurgie du rectum.*

SAPPEY. — *Anatomie descriptive.*

TESTUT. — *Anatomie descriptive.*

TILLAUX. — *Anatomie topographique.*

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	3

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Anatomie chirurgicale de la région recto-vaginale.....	5
CHAPITRE II. — Considérations sur les can- cers et les rétrécissements du rectum...	13

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Manuel opératoire.....	17
CHAPITRE II. — Observations.....	27

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Discussion.....	41
CHAPITRE II. — Indications et contre-indi- cations.....	49
CONCLUSIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
